FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1884

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 8 Mai 1884, à 1 heure,

Par Henri CAMPART,
Né à Lausanne (Suisse), le 18 août 1857.
Ancien externe des hôpitaux,
Médaille de bronze de l'Assistance publique.

8

DE L'ÉPISCLÉRITIS

Président: M. PANAS, *professeur.*

Juges : MM. { PROUST, *professeur,*
CHARPENTIER, DEBOVE *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
A. DAVY, Successeur
52, RUE MADAME ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 14

1884

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen............... M. BÉCLARD.

Professeurs	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BÉCLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	PETER. DAMASCHINO.
Pathologie chirurgicale	GUYON. DUPLAY.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	TARNIER
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	SEE (G.) JACCOUD. HARDY. POTAIN.
Clinique des maladies des enfants	N.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	RICHET. GOSSELIN. VERNEUIL. TRÉLAT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	PAJOT.

DOYENS HONORAIRES : MM. WURTZ et VULPIAN.

Professeur honoraire :
M. DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.
BLANCHARD.
BOUILLY.
BUDIN.
CAMPENON.
DEBOVE.
FARABEUF, chef des travaux anatomiques.
GUÉBHARD.

MM.
HALLOPEAU.
HANOT.
HANRIOT.
HENNINGER.
HUMBERT.
HUTINEL.
JOFFROY.
KIRMISSON.
LANDOUZY.

MM.
PEYROT.
PINARD.
POUCHET.
QUINQUAUD.
RAYMOND.
RECLUS.
REMY.
RENDU.
REYNIER.

MM.
RIBEMONT.
RICHELOT.
RICHET.
ROBIN (Albert).
SEGOND.
STRAUS.
TERRILLON.
TROISIER.

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MON EXCELLENTE MÈRE

A MES FRÈRES, A MES SŒURS

A MON ONCLE

à Paris.

MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PANAS

Membre de l'Académie de médecine,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. LE DOCTEUR FERRAND

Médecin de l'hôpital Läennec.

M. LE DOCTEUR J. LUCAS-CHAMPIONNIERE

Chirurgien de l'hôpital Tenon.

M. LE DOCTEUR CADET DE GASSICOURT

Médecin de l'hôpital Trousseau,
Chevalier de la Légion d'honneur.

M. LE DOCTEUR RIBEMONT-DESSAIGNES

Accoucheur de l'hôpital Tenon,
Agrégé à la Faculté de médecine.

A M. LE DOCTEUR FIEUZAL

Médecin en chef de l'hospice des Quinze-Vingts,
Chevalier de la Légion d'honneur.

DE L'ÉPISCLÉRITIS

Pendant notre séjour à la Clinique ophthalmologique des Quinze-Vingts, nous avons été frappé du grand nombre de malades atteints de l'affection qui nous occupe et qui n'avaient jamais accusé des symptômes laissant supposer une inflammation des membranes internes du segment antérieur de l'œil. Nous avons cru en réunissant ces observations contribuer à l'étude de cette maladie sur la nature de laquelle les auteurs sont loin d'être d'accord. Il y a donc pour nous deux formes bien nettes d'épiscléritis, une qui dépend d'une affection profonde de l'œil, et une autre qui ne paraît pas être sous cette dépendance ; c'est cette dernière forme que nous avons choisie comme sujet de notre thèse inaugurale.

En prenant pour nous la responsabilité des erreurs que notre inexpérience aurait pu nous faire commettre, nous saisissons cette occasion pour remercier notre maître M. le Dr Fieuzal des savants conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer pendant tout le temps que nous avons eu l'honneur de passer à sa clinique ophthalmologique.

tiennent en appuyant sur eux avec le doigt par l'intermédiaire de la paupière. Au centre de la tuméfaction la rougeur est plus jaunâtre, tandis que ses bords qui se perdent insensiblement dans les parties saines sont d'un rouge écarlate. La partie injectée proémine de plus en plus, s'élargit et forme un bouton aplati de 2 à 3 millimètres de hauteur, plus saillant à son centre de la grandeur d'une lentille.

Elle affecte une forme différente suivant son siège.

Dans les cas, assez rares d'ailleurs, où la partie atteinte avoisine l'anneau conjonctival et où l'inflammation n'est que partiellement développée, la forme de la tuméfaction n'est plus circulaire, mais semble arrêtée dans son extension ; elle ressemble, vue de profil, à un corps falciforme qui se serait moulé sur le bord de la cornée, tout en laissant entre ce bord et lui un espace de 2 millimètres environ.

Mais le lieu d'élection du bouton d'épisclérītis est la partie externe du globe de l'œil, au-dessous du point d'insertion du muscle droit externe. Sur dix observations prises au hasard, je constate huit fois ce siège et deux fois sur une autre partie du segment antérieur de l'œil. Par ordre décroissant de fréquence, on rencontre le bouton au niveau de l'insertion du droit interne, puis du droit supérieur. Dans mes observations je ne vois pas relatée l'insertion du droit inférieur, sauf une fois que l'injection s'y était propagée depuis la partie externe de l'œil.

Le plus souvent il n'y a qu'un seul bouton sur la sclérotique, le reste de cette membrane n'offre aucun symptôme d'inflammation et la conjonctive elle-même en dehors du point malade est presque entièrement intacte. D'autres fois la maladie gagne les parties voisines, et tandis que le pre-

mier point guérit, de nouvelles élevures apparaissent soit en bas, soit en haut et prolongent la durée du mal. Rarement la rougeur envahit le blanc de l'œil tout entier.

OBSERVATION II.

Mlle D..., âgée de 22 ans, se présente à la clinique des Quinze-Vingts le 29 septembre 1881. Elle présente toutes les apparences d'une forte santé, mais se plaint souvent de douleurs rhumatismales vagues dans les muscles et quelquefois dans les genoux, surtout lorsque le temps est froid et humide. Elle présente au niveau de l'insertion du droit interne un bouton d'épisclérìtis qu'elle dit avoir depuis deux semaines. Rougeur localisée au point enflammé, pas de sécrétion, mais un peu de douleur la nuit, ce qui ne l'empêche pas de reposer. On lui ordonne des compresses chaudes de camomille et une solution d'iodure de potassium, 2 grammes par jour. Elle se présentait régulièrement à la clinique une fois par semaine et l'on ne constatait que des rémissions locales, lorsqu'au bout de deux mois de traitement, elle fut prise de douleurs articulaires intenses dans les genoux qui devinrent rouges et tuméfiés. Lorsqu'elle put marcher facilement elle revint nous voir en se plaignant de nouveau de ses yeux. On pouvait apercevoir une série de huit boutons d'épisclérìtis disséminés sous toute la conjonctive bulbaire, mais dont deux étaient particulièrement gênants. Ils siégeaient de chaque côté de l'insertion scléroticale du muscle élévateur de la pupille et étaient recouverts par la paupière supérieure. M. le Dr Fieuzal se décida à les enlever. Il pratiqua une boutonnière à la conjonctive, et après avoir soulevé avec une pince les boutons l'un après l'autre, les enleva et racla leur point d'implantation.

Réaction inflammatoire très vive pendant deux jours.

La malade fut suivie attentivement et les surfaces sectionnées n'entrèrent pas en suppuration. Aucune sécrétion catarrhale, mais un peu d'épiphora.

Petit à petit les accidents inflammatoires disparurent et l'affection prit fin un mois environ après l'excision des boutons. Quelques mois après, la malade ne pouvant se déplacer eut chez elle une nouvelle poussée d'épisclérìtis, mais peu intense, car après

s'être purgée et avoir tenu ses yeux bien chaudement tout disparut.

Vue pas diminuée, tension normale. Examen ophthalmoscopique négatif.

Elle nous revint cependant le 22 avril 1884 et présente au voisinage de l'insertion du droit externe un nouveau bouton d'épiscléritis. Le gouflement est léger mais appréciable, la rougeur peu intense, profonde. Elle se plaint souvent de douleurs diurnes.

Au niveau des points sectionnés on ne remarque rien d'anormal, ce qui n'a rien d'étonnant, car les boutons ont été enlevés au deuxième jour de leur apparition et n'avaient pas eu le temps de retentir sur la sclérotique. Il n'en est pas de même au niveau du droit interne où le premier bouton se déclara il y a trois ans. Là on remarque une petite plaque ardoisée provenant d'un léger amincissement superficiel de la sclérotique et laissant entrevoir sa couche profonde pigmentée.

28 avril 1884. L'examen ophthalmoscopique ne montre rien du côté de la choroïde, qui est parfaitement normale après une épisclérite datant du commencement de septembre 1881.

Les boutons d'épiscléritis enlevés par M. le Dr Fieuzal furent examinés au laboratoire attaché à la clinique, et voilà ce qu'on put constater :

Le tissu épiscléral est limité à sa surface par un épithélium pavimenteux présentant plusieurs couches et d'ailleurs normal. La masse elle-même est formée par le tissu épiscléral dont les fibres sont séparées par un nombre considérable de cellules arrondies pour la plupart, d'autres fusiformes au contraire ou allongées. Ce qu'il y a de plus intéressant, c'est la modification que subissent les vaisseaux. On peut remarquer qu'ils sont congestionnés, remplis de globules sanguins ; leurs parois sont infiltrées de ces mêmes cellules arrondies qui séparent les faisceaux des fibres lamineuses ; en outre, autour de ces vaisseaux, les cellules sont disposées en grand nombre et forment des amas. Nous sommes ici en présence d'une véritable inflammation.

Pour ce qui est de la douleur, j'ai pu observer que l'œil est rarement très douloureux. D'après von Ammon, le siège de l'inflammation est douloureux, mais surtout la nuit. La lumière accentue la douleur que le malade rapporte souvent au fond de l'œil. Pour Maekensie, elle se fait sentir au début. Elle est pongitive et s'étend au globe de l'œil, à l'orbite et aux parties voisines de la tête. La chaleur augmente les douleurs. Elle est souvent aiguë et pongitive comme dans le phlegmon.

Elle varie comme intensité et devient forte vers 4 ou 8 heures du soir, continue pendant la nuit et acquiert à minuit son maximum pour diminuer le matin. Elle empêche absolument le sommeil.

Renaud, dans sa thèse inaugurale « De l'ophthalmie rhumatismale », s'exprime ainsi : « Un des premiers symptômes qui frappent les malades soit dans la soirée ou la nuit qui précède l'apparition de la plaque vasculaire, soit aussi plusieurs jours après, est la sensation de douleurs très intenses, oculaires et périorbitaires. Le globe tout entier devient douloureux, soit spontanément, soit à la pression. Le simple frottement des paupières est très pénible. La douleur peut s'irradier encore plus loin jusqu'à rendre les mouvements de la mastication très pénibles et même impossibles. Ces accès paraissent revenir surtout le soir et la nuit. »

M. Galezowski, en ne niant pas la douleur à une période plus avancée de l'affection, dit que la maladie n'est accompagnée, pendant longtemps, d'aucun symptôme fonctionnel morbide, l'œil n'est ni douloureux ni sensible à la main. Nos observations semblent concorder avec cette manière de voir, et si nos malades se sont plaints de douleur, elle n'était pas

si intense que les auteurs précédents l'ont notée dans leurs observations. Cela me porte à croire qu'ils étaient en face d'une scléro-choroïdite antérieure avec retentissement sur le tissu cellulaire sous-conjonctival.

L'affection qui nous occupe avait été appelée conjonctivite sèche, preuve qu'on avait déjà été frappé de l'absence de toute sécrétion. Les paupières ne sont jamais agglutinées le matin par un produit de sécrétion desséché, et si parfois on remarque un peu d'épiphora et la photophobie, c'est que l'inflammation est voisine de la cornée et retentit sur cette membrane, qui devient quelquefois opaque au voisinage de la partie malade. C'est ce que Mackensie décrivait comme un arc sénile partiel.

C'est cette bénignité relative de symptômes qui engage le malade à ne venir consulter que lorsqu'il s'aperçoit que la rougeur ne disparaît pas d'elle-même.

L'épiscléritis se caractérise donc par le peu de malaise qu'elle occasionne au malade. A peine si celui-ci accuse quelque gêne dans les mouvements de l'œil lorsque le bouton d'épiscléritis a atteint son plus grand développement. La vue n'est généralement pas troublée, l'accommodation s'effectue sans difficulté.

L'examen ophthalmologique pratiqué avec soin sur tous les malades atteints d'épiscléritis qu'il nous a été donné d'observer ne nous a jamais montré d'affection de la choroïde en relation avec l'épiscléritis, et il est heureux qu'on se trouve le plus souvent en présence de ces formes, car le pronostic est bien moins grave que lorsqu'on est en présence d'une complication épisclérale d'une choroïdite antérieure.

HISTORIQUE DE LA MALADIE.

Après avoir décrit les symptômes de l'affection qui nous occupe, il est intéressant de rechercher les différentes phases par lesquelles elle a passé et les opinions des ophthalmologistes.

Les auteurs anciens embrassaient sous le titre commun d'ophthalmie tout ce qui a rapport aux différentes formes d'inflammation du globe oculaire, sans tenir compte ni du siège ni des causes. Plus tard, on remarqua un certain rapport entre le développement de certaines ophthalmies et certains états de l'organisme. Ambroise Paré chercha même le point de départ de certaines de ces affections. Le siège de l'affection préoccupa déjà Scarpa et Boyer, qui distinguèrent l'ophthalmie en superficielle ou externe, et en profonde ou interne. Mais il faut arriver jusqu'à Demours pour trouver un commencement sérieux de classification ; ce fut lui, en effet, qui établit un des premiers la distinction du siège de l'inflammation dans telle ou telle membrane. C'est à Sichel que revient l'honneur d'avoir parlé le premier des maladies localisées de la sclérotique. Il publia en 1847, dans le *Bulletin de thérapeutique*, un remarquable article intitulé : « De l'inflammation partielle de la choroïde et du tissu sous-conjonctival ».

Il commence par reconnaître à cette affection une grande analogie avec les pustules de la conjonctive ; mais en lui reconnaissant la même tuméfaction et la même injection, il reconnaît que ces symptômes sont bien plus graves. Il en fixe le siège d'une manière exacte et le place non dans la

conjonctive, mais bien dans le tissu cellulaire qui la double et qui la sépare de la sclérotique.

Aucun auteur avant lui n'avait parlé de cette phlegmasie du tissu cellulaire sous-conjonctival qui « tantôt est suivie de l'inflammation de la partie contiguë de la choroïde, tantôt, cas plus fréquent, est précédée par une choroïdite partielle dont l'inflammation et le gonflement du tissu sous-conjonctival masque plus ou moins les symptômes. »

Il parle ensuite de la tumeur irrégulièrement arrondie, d'une teinte rouge sombre, tirant sur le violet même, tournant au livide et au plombé, teinte qui indique une véritable inflammation d'une partie circonscrite de la choroïde et un commencement d'adhérence entre cette membrane et la sclérotique amincie.

Sichel qui a étudié l'anatomie pathologique du staphylôme de la choroïde, qui est, d'après lui, une terminaison fréquente de l'injection qui nous occupe, peut affirmer avec une entière certitude que le point de départ du mal est dans la choroïde, que le tissu sus-sclérotical ne s'enflamme que secondairement par la pression qu'il subit à la suite de la tuméfaction de la choroïde. Il est convaincu que la conjonctive se phlogose seulement à une période plus avancée de l'affection, tantôt parce que l'inflammation s'y étend de proche en proche, tantôt par suite de la distension, ce qui donne à la phlegmasie un caractère passif.

En règle générale, toujours d'après Sichel, l'affection débute par la choroïde, mais il ne faut pas oublier qu'exceptionnellement le tissu cellulaire sous-conjonctival peut s'enflammer à la suite d'une ophthalmie externe ou même simplement d'une sclérotite ou d'une conjonctivite intenses. La maladie suit alors la marche inverse en se propageant

de dehors en dedans, mais comme en dernier lieu elle s'empare de la choroïde, le résultat final est le même.

Dans le mémoire de Pilz, de Prague, la maladie serait une sclérotite localisée. L'auteur en décrit même deux formes : l'une avec exsudation interstitielle, l'autre avec exsudation parenchymateuse. Dans la première forme, on remarquerait une injection locale de la sclérotique, relâchement de cette membrane, un gonflement œdémateux de la conjonctive à ce niveau. Il admet comme terminaison de cette forme, comme Sichel, le staphylôme choroïdien. Quant à la seconde forme, elle serait plus profonde et se terminerait par le ramollissement et la transformation graisseuse de la sclérotique.

En 1853, dans un travail intitulé « De l'inflammation de la sclérotique » et publié dans les Annales d'oculistique, White Cooper décrit une affection à répétition qu'il localise dans la sclérotique et qu'il a remarqué être sous la dépendance du rhumatisme. « Au début, dit-il, toute la sclérotique n'est pas prise à la fois, et l'on voit apparaître près de la cornée généralement un paquet de vaisseaux, et si l'enflammation n'est pas arrêtée, l'injection s'étend rapidement. Cette localisation de la lésion, au début, à une partie seulement de la sclérotique, nous laisse à penser que l'auteur a entrevu l'affection qui nous occupe, mais tout le reste de son article est consacré à des symptômes qui ont trait à l'ophthalmie rhumatismale des auteurs allemands. Il décrit bien le gonflement et la rougeur.

« La sclérotique, membrane dense et fibreuse, ne jouit normalement que d'une sensibilité obtuse, mais si elle s'enflamme, les vaisseaux qui entrent dans sa texture aréolaire viennent à se gonfler, elle résiste et ne se laisse distendre

que lentement. L'inflammation se propage quelquefois à l'iris et à la conjonctive, et il décrit entre les deux plans de vaisseaux propres à la conjonctive et à la sclérotique enflammées, une série de vaisseaux droits qui se portent de la périphérie de l'œil vers la cornée, d'abord isolément, puis bientôt s'anastomosant à angles très aigus au fur et à mesure qu'ils s'approchent de la cornée; ces vaisseaux sont situés sur un plan plus profond que ceux plus tortueux qui rampent à la surface de l'œil. » Nous le voyons donc parler du cercle périkératique que nous regardons comme symptomatique d'une inflammation de l'iris et qui ne doit pas être confondu avec la rougeur bien localisée de l'affection qui nous occupe.

M. Desmarres décrit, sous le nom de sclérotite localisée, l'affection dont Sichel parlait en 1847, mais il en admet deux formes : une superficielle et une profonde. La première serait caractérisée par une rougeur profonde de la sclérotique et la saillie staphylomateuse. La forme profonde aurait pour caractère la généralisation aux membranes profondes, choroïde et iris; elle aurait plus de tendance que la première à amener l'amincissement et le ramollissement de la sclérotique par la formation du staphylome choroïdien.

Taylor, en 1859, dans son Mémoire sur une forme particulière de sclérotite, s'exprime ainsi :

Les lésions anatomiques sont celles d'une sclérotite primitive circonscrite qui tend à se propager, d'une part au tissu cellulaire sous-conjonctival, de l'autre à la choroïde et au corps ciliaire. Il se forme dans ces tissus un dépôt blanchâtre, probablement de nature tuberculeuse; plus tard la cornée présente des opacités diversement disposées aux-

quelles aboutissent des faisceaux vasculaires analogues à ceux qu'on observe dans la sclérotite pustuleuse. Sur le bord de la cornée, généralement à l'angle externe, les vaisseaux se divisent en un certain nombre de rameaux qui entourent un espace circulaire ou ovale sur lequel on remarque quelques taches coniques, discrètes, à base rougeâtre. Les taches ont une consistance considérable. Elles adhèrent intimement au tissu sous-jacent, car elles ne se déplacent pas avec la conjonctive. Elles sont d'abord plus élevées que le niveau de la membrane muqueuse ». Il décrit donc bien l'injection, et surtout les saillies jaunâtres dont il cherche à expliquer la formation par le dépôt d'une lymphe plastique dans le tissu sous-conjonctival. La chronicité de l'affection est pour lui bien prouvée, bien que la terminaison par résolution soit la règle.

M. Fano, dans son Traité des maladies des yeux, s'exprime ainsi au sujet de cette affection : « Il n'est pas démontré que ce soit une inflammation propre de la sclérotique, il est probable que l'affection débute par la choroïde », et il la décrit sous le nom de scléro-choroïdite antérieure rhumatismale dans son Journal d'oculistique.

Dans son Traité pratique des maladies de l'œil, Mackensie localise l'ophthalmie rhumatismale dans la tunique albuginée et la sclérotique, mais il va plus loin et prétend que souvent l'affection s'étend à l'iris et même à la rétine. Elle attaque les tuniques fibreuses de l'œil et ne s'accompagne d'aucune sécrétion morbide de la surface de cet organe.

Il faut arriver à von Ammon pour voir l'affection qui nous occupe être désignée par le siège qu'elle occupe. Dans son mémoire sur l'ophthalmie sous-conjonctivale, il entend

sous ce nom l'inflammation du tissu qu'on rencontre entre la surface antérieure de la sclérotique et la surface postérieure de la conjonctive. Elle est ordinairement partielle.

M. Galezowski désigne cette affection sous le nom de périsclérite, qui indique seulement que l'affection est située autour de la sclérotique. Mais autour de la sclérotique, il y a autre chose que le tissu où nous localisons l'affection. De plus, comme l'affection est très souvent partielle, périsclérite semble encore être trop étendu.

D'autres auteurs, tels que Wells, Stoelberg et de Wecker la décrivent sous le nom d'épisclérites, ce qui semble indiquer que l'affection siège immédiatement au-dessus de la sclérotique, sans avoir à notre avis l'extension de périsclérite.

De Wecker n'est pas d'avis qu'il faille distinguer deux variétés de sclérotite, l'une superficielle, l'autre profonde. Il désigne la première sous le nom d'épisclérite ; quant à la seconde, dont l'inflammation est consécutive à celle de la choroïde, il la décrit sous le nom de scléro-choroïdite antérieure.

Cet auteur reconnaît très bien que la tumeur à laquelle donne lieu l'affection semble le résultat du soulèvement de la sclérotique, mais qu'en y regardant de tout près, on voit qu'elle n'est que le résultat d'un boursouflement considérable du tissu episclérotical.

En résumé, on remarque que les opinions émises dans les travaux analysés plus haut peuvent se ranger sous trois chefs. Pour les uns, la sclérotique serait primitivement affectée ; pour d'autres elle le serait après la choroïde.

Enfin, les auteurs modernes [semblent se ranger à l'opi-

nion de von Ammon et considérer la sclérotique et la choroïde comme étrangères, au début du moins.

Prenons ces diverses opinions et discutons-les en marchant de dedans en dehors.

Et d'abord la choroïde?

Sichel d'après ses recherches sur le staphylôme de la choroïde, affirme que dans ces cas la choroïde est seule malade, car il considère le staphylôme choroïdien comme la terminaison de l'affection. Il a surtout en vue les symptômes de la scléro-choroïdite antérieure, et il est évident que c'est de règle de voir dans ces cas un retentissement du côté de l'episclère, car, d'après M. le professeur Panas, « il n'est pas rare, comme complication des choroïdites circonscrites antérieures, de voir le processus inflammatoire dépasser les limites de la choroïde pour gagner les procès ciliaires, l'iris, la sclérotique, le tissu épiscléral et jusqu'à la cornée. » Mais l'inflammation localisée au segment antérieur de la choroïde, a dans son voisinage des parties bien plus vasculaires que l'episclère sur lesquelles elle retentit en premier lieu. C'est en premier lieu l'iris, et nous sommes en présence de l'irido-choroïdite plastique dans laquelle on remarque une injection périkératique assez vive, l'augmentation de profondeur de la chambre antérieure, des douleurs ciliaires diurnes ou nocturnes et une sensibilité de l'œil au toucher.

Quoi d'étonnant qu'avec des troubles pareils on ait des symptômes objectifs du côté de l'episclère. Toutes les formes d'irido-choroïdite, mais surtout la forme séreuse, peuvent passer à l'état chronique et conduire par degrés à l'hydrophthalmie avec amincissement de la sclérotique et au

staphylôme ciliaire. La pupille s'excave, l'œil devient mou et l'acuité visuelle est presque nulle.

Nous ne nions pas la coexistence de l'épisclérite et d'une inflammation partielle de la choroïde, mais nous considérons alors l'épisclérite comme un symptôme négligeable comparé à ceux de la choroïdite antérieure.

M. de Wecker s'exprime ainsi : « D'après le siège de la maladie, on est porté à repousser l'opinion qui en place le point de départ dans la choroïde, car nous la voyons très souvent se localiser tout près de la circonférence de la cornée, en sorte que le bouton rougeâtre de l'épisclérite n'avance guère jusqu'au niveau de là naissance de la choroïde. Comment s'expliquer, d'ailleurs, qu'une inflammation restreinte à une partie de la choroïde puisse soulever la sclérotique, cette membrane si dense, sans produire des phénomènes de pression intra-oculaire? Comment comprendre qu'une inflammation locale de la choroïde laisse intacte l'iris, sans troubler ses fonctions.

Nous ne pouvons nous appuyer sur les symptômes subjectifs pour nier dans une épisclérite la part que prend la choroïde à l'inflammation. Nous voyons, en effet, la choroïdite antérieure, d'après le Dr Courssérant, avoir parfois une marche insidieuse ne se traduisant le plus souvent que par quelques douleurs passagères, des lourdeurs du globe, et si cette forme n'est pas reconnue avant d'avoir donné naissance aux complications qui la rendent manifeste, elle peut acquérir une excessive gravité.

Mais les cas de choroïdite antérieure ne sont pas fréquents puisque sur 34,000 malades inscrits, M. le Dr Fieuzal ne trouve la choroïdite antérieure relevée que 14 fois. (Bulletin de la Clinique nationale ophthalmologique des

Quinze-Vingts.) Si elle a parfois une forme insidieuse, elle peut être reconnue à l'ophthalmoscope, à la condition qu'on dilate *ad maxima* la pupille et qu'on fasse diriger le regard dans les positions extrêmes. On remarque alors une hyperhémie plus ou moins manifeste, la distribution irrégulière du pigment et la décoloration par places de la choroïde qui peut arriver très rapidement.

Nous admettons donc que les inflammations de la choroïde peuvent retentir sur l'épisclère, mais de là à dire que chaque fois que nous sommes en présence d'une épisclérite il y a derrière elle une choroïdite, il y a loin. Ce sont justement ces cas négatifs que nous avons réunis pour contribuer à l'étude de cette affection.

La sclérotique peut-elle s'enflammer primitivement? L'anatomie nous apprend que le tissu de la sclérotique appartient au système fibreux. Il est constitué par des fibres lamineuses rectilignes, minces, disposées en faisceaux affectant des directions diverses. Le tissu fibreux de la sclérotique est riche en fibres élastiques fines assez analogues à celles des tendons et des ligaments. Les faisceaux lamineux enchevêtrés les uns dans les autres ne laissent voir entre eux aucun espace occupé par une matière amorphe. Les artères forment dans la sclérotique un réseau à larges mailles d'où naissent des veines qui vont en partie rejoindre les veines ortiqueuses, en partie se jeter dans un large réseau veineux situé à la surface de la sclérotique, et se déchargeant lui-même dans ces veines ciliaires antérieures et postérieures qui ne reçoivent pas de sang de la choroïde.

Nous sommes donc en présence d'une membrane analogue aux tissus fibreux, ligaments, tendons ou aponévroses peu susceptibles de s'enflammer parce qu'ils sont peu nourris,

aussi Velpeau, en 1840, publia dans les Annales d'oculistique plusieurs articles remarquables. Il s'exprima ainsi : « Comment se fait-il que tandis que les tissus fibreux, tendons ou aponévroses, s'enflamment si rarement, la sclérotique, membrane également fibreuse, très pauvre en vaisseaux propres, ait le singulier privilège de s'enflammer si souvent, car il y a bien un tiers des phlegmasies oculaires où l'on pourrait trouver la sclérotite des auteurs allemands? L'injection périkératique qui caractérise la sclérotite n'est qu'une congestion symptomatique d'une kératite ou d'une iritis, et qu'on ne dise pas que la kératite n'est qu'un phénomène secondaire, une complication. Ne voyons-nous pas chaque jour une ulcération de la cornée s'accompagner du cercle périkératique lorsque les plaies et les déchirures de la sclérotique ne produisent qu'une réaction limitée au voisinage de la lésion? »

Donc, si la choroïde ne doit pas être toujours incriminée et si la sclérotique ne s'enflamme que secondairement à une inflammation de cette première membrane, pour expliquer le point de départ de l'inflammation, nous avons cru pouvoir nous adresser à l'anatomie et à l'histologie et trouver dans la disposition des parties sus-clérales une explication de l'inflammation primitive du tissu épiscléral.

Nous empruntons ces détails aux remarquables travaux du professeur Sappey, et aux recherches classiques de Schwalbe. (Art. Orbite, Dict. Dechambre.)

L'aponévrose orbitaire entoure toute la portion scléroticale du globe de l'œil. De cet organe comme d'un centre, elle s'irradie sur les muscles qui le meuvent ; puis se prolonge de ceux-ci jusqu'aux parois de l'orbite et au bord adhérent des paupières. Les six gaines musculaires ainsi que les cinq faisceaux tendineux qui la fixent aux parois de

l'orbite ne nous offrant pas d'intérêt pour la lésion qui nous occupe, nous nous attacherons à décrire seulement la partie oculaire de cette aponévrose.

Contre le globe oculaire, le tissu conjonctif de l'orbite se condense en une membrane aponévrotique dont la face interne est à proprement parler la cavité articulaire dans laquelle se meut le globe oculaire. C'est cette aponévrose ainsi que la fente plus ou moins complète située entre elle et le globe oculaire qu'on appelle capsule de Ténon. Elle s'étend du nerf optique à la cornée transparente, embrasse environ les neuf-dixièmes de la surface du globe oculaire et présente deux ouvertures et deux surfaces.

Par la circonférence de son orifice postérieur, cette portion centrale s'attache sur le sillon circulaire qui répond à l'union du nerf optique avec le globe de l'œil. La circonférence de son orifice antérieure, beaucoup plus grande, s'insère à la conjonctive oculaire au voisinage du pourtour de la cornée. Un espace de 2 millimètres environ la sépare de la périphérie cornéenne, détail qui trouvera son application plus tard, lorsque nous montrerons que le bouton d'épisclérítis ne confine pas au pourtour cornéen.

Les recherches de Schwalbe ont démontré que les injections poussées entre l'anachnoïde et la dure-mère du système nerveux central remplissent un espace ou fente entourant le globe de l'œil et situé à l'endroit du sac synovide de Ténon. On peut, lorsque l'injection réussit, la voir pénétrer jusqu'au voisinage de la cornée, tandis qu'en arrière l'injection ne dépasse pas l'entrée du nerf optique et des vaisseaux ciliaires postérieurs dans l'œil, et laisse libre un espace circulaire de 1 centimètre de diamètre au milieu

duquel se trouve l'insertion du nerf optique sur la scléro-tique.

Schwalbe distingue deux feuillets à la capsule de Ténon ; un feuillet viscéral et un feuillet pariétal. Le feuillet pariétal, qui est la capsule de Ténon proprement dite, est une aponévrose solide dont la face interne est en réalité la paroi de la cavité articulaire sur laquelle glisse le globe de l'œil. En arrière elle se soude intimement avec la sclérotique, là où l'injection s'arrête ; en avant elle se perd dans la conjonctive et adhère avec elle à la sclérotique. Ce feuillet est en définitive un épaississement membraneux du tissu conjonctif de l'orbite.

Le feuillet viscéral, qu'on peut appeler episclère, est une couche très peu développée de tissu conjonctif plus lâche, qui recouvre immédiatement la sclérotique et dont les plans les plus externes qui forment paroi à l'espace injecté sont un peu plus condensés.

Ces deux feuillets ne sont toutefois pas isolés comme des feuillets d'une vraie séreuse ; ils sont réunis par de nombreux trabécules très lâches de tissu conjonctif permettant au feuillet viscéral, épisclère, uni à la sclérotique de glisser sur le feuillet pariétal. Ces trabécules délimitent des espèces de vacuoles que l'on peut remplir quand on pousse l'injection.

Les faces adossées des deux feuillets sont recouvertes par un endothélium continu qui recouvre en même temps les trabécules intermédiaires.

La fente de la capsule de Ténon est un ensemble de vacuoles communiquant largement et tapissées d'une couche d'endothélium. Cette fente est constituée par des lacunes lymphatiques, dont l'existence est démontrée par la possi-

bilité de remplir ces espaces par une injection poussée dans les espaces lymphatiques du cerveau et du nerf optique.

Les tendons applatis des quatre muscles droits perforent le feuillet pariétal de la capsule de Ténon, s'élargissent encore davantage et s'insèrent sur la sclérotique dans la lumière de l'espace de Ténon. La surface de ces tendons est parfaitement lisse, et à leur passage à travers les fentes de la capsule ils ne sont réunis à cette dernière que par des filaments fibreux très lâches, sans résistance, qui promettent un certain jeu aux tendons dans le sens de l'action musculaire.

A leur insertion sur la sclérotique, dans l'espace de Ténon, ils émettent de nombreuses fibres qui à droite et à gauche de l'insertion tendineuse fixent les tendons à la sclérotique. En tirant sur les muscles, on fait tendre ces fibres tout autour du tendon. Chaque muscle est recouvert d'une aponévrose mince qui s'épaissit en avant, et là où elle s'applique sur la capsule elle adhère intimement à celle-ci, surtout aux endroits perforés par les tendons.

D'après Boucheron les deux bords du tendon sont reliés dans toute leur longueur dans la cavité de Ténon au feuillet viscéral de la capsule par des lamelles fibreuses qui interceptent même une espèce de bourse séreuse sous-conjonctivale située en avant du tendon.

Les vaisseaux que nous voyons ramper dans le tissu episcléral sont veineux ou artériels. Ils passent comme à travers des boutonnières de la capsule de Ténon, peuvent s'étirer plus ou moins et ne pas gêner les mouvements oculaires, car dans leur trajet orbitraire ils sont flexueux. Les artères ciliaires courtes antérieures émanent des musculaires, branches de l'ophthalmique. Elles rampent quelque

temps au-dessous de la conjonctive dans le tissu épiscléral et traversent la sclérotique à 3-4 millimètres en arrière de la circonférence de la cornée pour aller se jeter dans les procès ciliaires et dans l'iris, au niveau de la grande circonférence de laquelle elles s'anastomosent avec les branches de bifurcation des artères ciliaires longues postérieures pour former le grand cercle artériel de l'iris. C'est au moment où ces vaisseaux percent ainsi la sclérotique qu'ils lui abandonnent une foule de petits ramuscules très fins, courts, droits, juxtaposés les uns aux autres et se dirigeant sur le bord cornéen. Ils fournissent en même temps au tissu épiscléral et à la conjonctive des vaisseaux nombreux et quelques rameaux grêle à la sclérotique.

Les veines vont se jeter dans les veines ciliaires antérieures. Il faut remarquer que tous ces vaisseaux sont d'une extrême ténuité à l'état normal et qu'ils se réduisent tous à l'état de simples capillaires en pénétrant dans l'épaisseur de la sclérotique.

Ne pourrait-on pas établir un parallèle entre une articulation ou plutôt les parties périarticulaires et les tissus qui entourent immédiatement l'œil? Que voyons-nous, en effet, autour d'une articulation? Une séreuse articulaire, des parties fibreuses et des muscles. Et autour de l'œil, une séreuse, la capsule de Ténon, la sclérotique et des muscles? Est-ce que, dans un article malade, les parties fibreuses entrent immédiatement en jeu? Nous voyons, au contraire, les aponévroses intactes et ce n'est que dans les cas anciens, très anciens même, qu'on les voit subir certaines altérations comme le ramollissement. Les tendons sont rarement ramollis. Les nombreuses autopsies faites par Richet et Bouillaud prouvent que jamais les ligaments ne sont le

siège d'une vascularisation ni d'une altération primitive. La vitalité des tissus fibreux est très faible et démontre l'impossibilité de l'inflammation primitive du tissu ligamenteux. Pourquoi en serait-il autrement de la sclérotique ? De même que les tissus fibreux articulaires s'enflamment tardivement et secondairement aux altérations des autres éléments qui composent l'articulation, de même on peut remarquer un certain dépoli sur la sclérotique ; c'est alors ce qui correspond au premier degré du ramollissement des tumeurs blanches anciennes. (Duplay.)

On peut, en effet, admettre une inflammation de la sclérotique, mais elle est chronique et se développe chez les individus cachectiques. Elle sera en tout cas rare chez les individus qui nous occupent.

Or, si la sclérotique n'est pas affectée primitivement, il faut rechercher un autre point de départ de l'affection. Il ne nous reste plus que le tissu cellulaire périoculaire et je crois avoir démontré dans le chapitre que j'ai consacré à l'anatomie que la capsule de Ténon n'est qu'un épaississement de ce tissu. Avec Schwabe j'ai fait de cette capsule une véritable séreuse et cette interprétation que l'histologie semble confirmer nous rendra encore plus facile le parallèle entre une séreuse articulaire et cette capsule.

Nous trouvons à l'article « Séreuse » du Dictionnaire de Dechambre les considérations suivantes : « C'est un fait bien démontré par l'anatomie pathologique que la séreuse elle-même est presque indemne et que la plupart des altérations siègent dans la couche sous-jacente ou à sa surface. Cette lame mince, de texture spéciale, qu'on appelait autrefois enduit séreux, paraît en effet, au premier abord, moins fortement lésée que le tissu cellulaire sous-séreux. Lorsqu'il

s'agit de lésions inflammatoires, c'est-à-dire de lésions ayant avant tout comme causes des troubles vasculaires, il est certain que ces lésions seront d'autant plus marquées que les tissus seront plus vasculaires, moins serrés et moins résistants aux inflammations de toute sorte. Or ici la différence est frappante entre la couche superficielle des séreuses, bien plus résistante, moins vasculaire et le tissu sous-séreux. Par conséquent lorsqu'un trouble circulatoire se manifestera dans tout l'ensemble des vaisseaux destinés à la séreuse, il apparaîtra bien plus évident dans une trame lâche et molle qui s'imbibe de liquides dont les vaisseaux plus volumineux sont plus visibles que dans le tissu semi rempli d'une substance amorphe résistante qui en comble les mailles comme un véritable vernis. Il n'en reste pas moins vrai que c'est d'elle qu'est parti le processus morbide et c'est sur elle que tout converge, c'est sur ses deux faces qu'on trouve les produits inflammatoires. Quand la cause est locale et que l'inflammation se propage c'est elle qui est l'agent de cette propagation. Il est, en effet, des séreuses comme de la cornée, et on entend par kératite ce qui, en effet, n'est qu'une périkératite. La cornée, en vertu de sa sensibilité, provoque autour d'elle une poussée inflammatoire mais cette inflammation ne la pénètre pas. De même les séreuses, bien qu'elles aient leurs vaisseaux propres, entraînent au-dessous d'elles, dans le tissu qu'elles recouvrent, des désordres considérables dès qu'elles sont lésées.

« La séreuse, à cause de sa minceur, de sa pauvreté en vaisseaux, comparée au tissu cellulaire, ne peut, au milieu du trouble circulatoire dont elle est l'objet agir d'une façon aussi apparente que les tissus qui l'enveloppent et cependant ce qui frappe, ce qui est le plus apparent ce sont les

troubles eireulatoires produisant la rougeur et le gonflement; mais tous ont la séreuse çomme eentre. »

Dans sa deseription des arthrites avee simple eongestion sanguine, Bonnet s'exprime ainsi : « Lorsqu'une membrane synoviale devient le siège d'une injeetion, eelle-ci se fait dans le tissu eellulaire sous-jaeent à la membrane, plutôt que dans la membrane elle-même; aussi les synoviales ont plus de tendanee à se eongestionner là où elles ne sont unies aux parties sous-jacentes que par un tissu eellulaire lâehe; plus sont étendus leurs rapports avee le tissu cellulaire, plus est grande leur disposition à s'enflammer ».

Nous sommes done tout disposé à faire de eette forme de l'affeetion une inflammation partielle de eette partie de la eapsule de Ténon qui entoure immédiatement la selérotique. Comme eette séreuse est située très supereiellement, puisqu'elle n'est reeouverte en avant que par la eonjonetive bulbaire, nous n'avons pas de peine à comprendre ses atteintes partielles puisqu'elle est direetement exposée aux injures extérieures. L'observation de la jeune dame atteinte d'épiseléritis pour avoir regardé par le trou d'une serrure en fait foi. Sa situation superfieielle nous explique eneore pourquoi la selérotique plus profondément située est, bien que rarement, affeetée tardivement. C'est eneore à la disposition anatomique de eette membrane que nous devons demander pourquoi les boutons d'épisclérītis ne eonfinent jamais à la eornée. Cette eapsule en effet s'arrête à quelques millimètres de la périphérie eornéenne. Quant au siège plus fréquent de la lésion au voisinage de l'insertion du droit externe ou d'autres museles sur la selérotique, elle s'explique par la disposition les petites expansions aponévrotiques que ees tendons envoient à la eapsule et au tiraillement que subit eette dernière

lors des mouvements de l'œil. Ne pourrait-on pas aussi attribuer à l'inflammation de cette séreuse le fait que les mouvements de l'œil sont paresseux, ce qu'on pourrait expliquer par le fait démontré que les muscles sus-jacents à une séreuse enflammée sont frappés de parésie. L'opinion de Masmonteil attribuant le lieu d'élection de l'affection au voisinage des insertions musculaires à un hygroma de la petite bourse séreuse situé entre la sclérotique et les muscles de l'œil en arrière de leur point d'insertion me paraît aussi très admissible, mais reviendrait à ce que j'ai dit, car cette petite bourse séreuse doit évidemment communiqur avec la fente de la capsule de Ténon.

ÉTIOLOGIE.

Chaque fois qu'une maladie se développe spontanément et qu'on a cherché en vain la cause dans une circonstance extérieure, on est en droit de se demander si cette lésion n'est pas sous la dépendance d'états constitutionnels, on pense aussitôt à une manifestation scrofuleuse, syphilitique ou rhumatismale.

Évidemment une foule d'affections oculaires externes sont sous la dépendance de la scrofule, et Taylor, en relatant les causes immédiates de cette affection dans trois observations, attribue les deux premières à l'exposition au froid, et dans la troisième où le sujet était plus jeune, la maladie coïncidait avec une otorrhée et un désordre de la santé générale. Il n'est pas possible de nier l'influence de cette diathèse sur l'affection épisclérale, et quand on n'a trouvé aucun symptôme de syphilis chez un malade, ni aucune atteinte antérieure de rhumatisme, on est bien forcé de lui laisser toute la responsabilité de la maladie, lorsqu'on peut étayer son opinion par les symptômes de cette diathèse, comme nous pouvons le faire dans l'observation qui suit. Nous ne pouvons cependant nous empêcher de reconnaître que la scrofule est une maladie du jeune âge, que ses manifestations superficielles font place chez l'adulte à des lésions plus profondes, telles que ostéites, caries, tumeurs blanches. D'après de Wecker l'épiscléritis est une maladie de l'âge adulte, ce qui n'empêche pas la scrofule de se faire sentir encore chez l'adulte s'il reste placé dans les mauvai_

ses conditions hygiéniques qui ont enraciné la diathèse depuis son enfance.

A l'encontre des idées de Masmonteil, j'invoquerai la diathèse scrofuleuse comme une cause même assez fréquente de l'affection.

OBSERVATION III.

Nº 22,656. Mme D... (Céline), âgée de 33 ans, se présente à la clinique le 26 janvier 1884. Jamais de rhumatismes. Elle a eu dans son enfance de nombreuses manifestations scrofuleuses dans les cheveux, autour du nez et de la bouche. Elle porte les cicatrices d'adénites suppurées au cou et est atteinte encore au moment de l'examen de carie des os du nez qui est déformé à sa racine comme s'il avait été écrasé. Son haleine est horriblement fétide et la malade affirme avoir malheureusement toujours eu cette infirmité. Cette odeur est si pénétrante qu'avec toute la bonne volonté possible ce n'est qu'à distance que je puis noter les symptômes qu'elle offre.

Il y a douze ans elle eut une première atteinte de l'affection que nous allons décrire, la durée fut de cinq mois. Depuis cette première atteinte et dans l'espace de douze ans, elle fut trois fois frappée par l'affection et chaque fois à un endroit différent du globe de l'œil. Dans l'intervalle, catarrhe conjonctival persistant, cessant au moment de l'apparition de l'injection sous-conjonctivale.

L'œil gauche présente environ à 5 millimètres du bord cornéen, près de l'insertion du droit externe, un bouton d'épiscléritis assez peu proéminant et gros comme une lentille. La petite tumeur repose sur une base injectée finement par des vaisseaux qui vont en divergeant depuis son centre.

Elle est recouverte par d'autres vaisseaux qui passent au-dessus d'elle, mais qu'on peut vider complètement et qui suivent les mouvements imprimés à la conjonctive.

Quelques douleurs périorbitaires surtout le soir, mais ne troublant pas le sommeil. Pas de catarrhe, ni de larmoiement.

La vue est normale dans cet œil.

Solution d'iodure de potassium 2 gr. par jour. Compresses chaudes de camomille.

20 février. Un mois environ après, on note une amélioration no-

table. La rougeur a persisté, mais elle est moins foncée, elle prend une teinte œillet. Douleurs ont disparu.

3 avril. La malade ne s'est plus présentée à la clinique depuis le 20 février, puisqu'elle croyait son affection guérie.

Elle offre aujourd'hui au même œil et du même côté. bien que confinant immédiatement à la cornée une pustule conjonctivale grosse comme une lentille. La tumeur suit les mouvements de la conjonctive ainsi que l'injection en pinceau qui l'accompagne. Cette injection s'est étendue au-dessus du bouton épiscléral précité et qui est encore reconnaissable à l'injection diffuse limitée à l'insertion du muscle abducteur de la pupille. Lourdeur des paupières qui sont agglutinées le matin au réveil. Un peu de larmoiement et de photophobie pendant la journée. Picotements oculaires et sensation de graviers très pénible; pas de douleur.

On ordonne des compresses chaudes et des lavages fréquents avec une solution d'acide phénique au 2/500.

10 avril. L'état de l'œil est meilleur. La pustule kérato-conjonctivale a disparu et il ne reste plus qu'une rougeur superficielle à son niveau. L'injection épisclérale persiste. On continue le traitement.

24 avril. La malade revient avec une éruption de pustules situées sur le bord de la cornée et accompagnée cette fois d'une rougeur de presque toute la conjonctive et de tous les symptômes de la pustule. Il est assez difficile de voir ce qu'il en est de la rougeur épisclérale, il est probable qu'elle existe encore.

Même traitement local plus la solution iodurée qui avait été supprimée, la malade se plaignant de gastralgies.

Voilà donc une malade qui a eu une première manifestation du côté de l'épisclère il y a douze ans, et d'une durée de cinq mois. Après avoir dilaté sa pupille avec l'atropine, nous avons examiné attentivement toute l'étendue de sa choroïde en lui faisant tourner alternativement les yeux dans tous les sens, et nous n'avons pas pu voir des restes d'une inflammation antérieure.

OBSERVATIONS IV (*Épisclérîtis double*).

N° 22,238. Mlle Fr... (Julie), 19 ans, vient à la clinique le 8 janvier 1884. A l'âge de 4 ans, manifestations scrofuleuses. Amygdalite suppurée il y a quinze jours, ouverture spontanée. Anémie profonde. Troubles gastriques et leucorrhée abondante. Pas de rhumatismes antérieurs ni chez elle, ni chez ses ascendants. Bien réglée. Constipation habituelle.

Le début de l'affection remonte à quatre jours. Elle consiste en une petite tumeur occupant la partie externe de l'hémisphère antérieur de chaque œil. Elle siège près de l'insertion des muscles droits externes et s'avance jusqu'à 3 millimètres de la cornée. Cette tuméfaction est surmontée de vaisseaux conjonctivaux très injectés, passant au-dessus d'elle et se laissant vider et déplacer. Elle repose sur une base faiblement injectée, on remarque très bien à l'éclairage oblique les petits vaisseaux qui la produisent et sont serrés les uns contre les autres. Ils partent manifestement d'une zone située à 5 millimètres du point culminant de la tumeur. Ils deviennent de plus en plus congestionnés à mesure qu'ils s'approchent en convergeant du bouton épiscléral. Le centre de ce dernier est occupé par un point jaunâtre n'appartenant pas à la conjonctive, car celle-ci est bien libre et mobile. L'affection semble plus intense du côté droit sur lequel la douleur s'est localisée. Toute pression est douloureuse, mais pas de douleur spontanée. Jamais de sécrétion depuis le début de l'affection.

La malade se plaint que sa vue a un peu diminué. Rien du côté de l'iris. Acuité visuelle V = 1/2 des deux yeux.

Iodure de potassium 2 gr. Compresses chaudes.

23 mars. La malade demeurant très loin n'a pu venir à la clinique. D'ailleurs la douleur avait disparu et la rougeur diminuait sensiblement. Elle se plaint cependant encore d'une certaine gêne dans les mouvements de l'œil soit en dehors, soit en dedans.

On continue le traitement.

La syphilis peut-elle être la cause de l'affection qui nous occupe. Des observations incontestables de Lagneau, Estlander et Sturgis ne laissent aucun doute à ce sujet. M. Galezowski a observé deux fois la périsclérite chez des

malades atteints d'éruptions syphilitiques. Nous n'avons pas eu la chance de constater l'épisclérítis chez des syphilitiques en pleine éruption secondaire, mais l'observation suivante prise chez une femme après une iritis spécifique nous paraît à sa place ici.

OBSERVATION V.

N° 22,086. Marie G..., 38 ans.

OEil gauche. Trace d'ancienne iritis avec dépôt d'uvée sur la cristalloïde antérieure.

OEil droit. Episclérítis.

Syphilis maritale il y a cinq ans. Quelques mois après, douleurs intenses dans son œil gauche, les objets lui semblaient troubles, soignée alors à l'hôpital Saint-Louis. Le traitement spécifique fit rapidement disparaître les symptômes aigus du côté de l'iris.

La malade ne s'est jamais plaint de rhumatismes. Elle ne sait même pas ce que c'est.

Il y a huit jours, elle fut éveillée par une douleur très vive au niveau de son œil droit. Les mouvements de l'œil exaspéraient cette douleur qui retentissait autour de l'orbite. L'œil devint larmoyant pendant toute la nuit. Le matin, en examinant attentivement son œil gauche, elle le vit injecté à sa partie supérieure et constata même un *amas de blanc d'œuf* au niveau de sa rougeur. Cet état reste stationnaire jusqu'à son arrivée à la Clinique.

A ce moment on remarque une légère tuméfaction que la malade dit avoir été beaucoup plus grande, au-dessus de la cornée, à quelques millimètres de son bord. L'injection dépasse un peu la tuméfaction et se compose de deux plans de vaisseaux superposés. Ceux qui appartiennent au tissu épiscléral sont débordés par les vaisseaux conjonctivaux. Ces derniers se vident très bien et sont mobiles sur la tumeur, tandis que les profonds sont fixes et donnent au tissu qu'ils parcourent une teinte violacée pâle. Les mouvements de l'œil sont libres et pas douloureux. A la pression, on provoque bien quelques douleurs sourdes au niveau du bouton épiscléral, mais elles ne sont pas comparables à celles du début.

On conseille à la malade de reprendre le traitement spécifique, et depuis elle est revenue plusieurs fois à la Clinique sans qu'on

note d'amélioration importante jusqu'au 20 mars, c'est-à-dire quatre mois après le début de son affection. A cette époque, toute tuméfaction avait disparu, mais il restait encore une légère injection profonde.

Arrivons maintenant au rhumatisme qui a, d'après tous les auteurs, une relation pathologique certaine avec l'affection qui nous occupe.

Voici comment Middlemore in « Treatise on the Diseases of the Eye) décrit les conditions dans lesquelles se produisent habituellement les sclérotites rhumatismales.

« L'inflammation rhumatismale de la sclérotique survient le plus souvent indépendamment de toute affection rhumatismale présente, mais non pas indépendamment d'une affection rhumatismale antérieure. Dans beaucoup de cas, elle semble « *la remplaçante* » de cette affection qui a débuté dans une autre partie du corps ; en effet, quand la sclérotite se déclare, quelque intense qu'ait été le rhumatisme, les symptômes de celui-ci diminuent, puis disparaissent tout à fait. »

Le Dr X... adressait le 10 septembre 1872 à M. Fano la lettre suivante :

Je suis âgé de 69 ans, d'un tempérament sanguin et j'ai conservé toute mon activité. Depuis mon adolescence, j'ai souffert parfois de douleurs vagues de rhumatisme. Pendant 25 ans, j'ai eu une affection rhumatismale du cœur et j'étais asthmatique. En 1866, après une saison à Saint-Honoré-les-Bains, les accidents disparurent. Au mois de mars suivant, douleurs rhumatismales dans les membres inférieurs et à la région lombaire.

Depuis plus de deux mois, je suis atteint d'une conjonctivite du grand angle de l'œil gauche. J'en souffrais peu. J'ai appliqué quatre sangsues à la tempe et autant derrière l'oreille sans amélioration. Des topiques émollients et réfrigérants, des collyres au sulfate de zinc et au nitrate d'argent n'ont fait qu'exaspérer le mal.

L'injection de la conjonctive est restée circonscrite, et plus tard la région du grand angle a été débarrassée de toute hyperhémie ; mais alors le petit angle, la portion attenante de la conjonctive scléroticale, le cul-de-sac supérieur de la conjonctive ont été envahis. Ces parties sont sensibles au toucher, et l'affection a cela de particulier que ce sont en quelque sorte de *larges taches non continues* ressemblant plutôt à une congestion locale qu'à une inflammation réelle. La cornée ne présente aucune altération. La sensation la plus douloureuse est celle qui est produite par le frottement des deux muqueuses l'une sur l'autre ; alors il y a des douleurs lancinantes dans les régions sus-orbitaire, temporale et dans le sinus maxillaire. Les muscle droit supérieur et externe sont douloureux et comme contusionnés quand je remue l'œil. J'ai quelquefois de bonnes nuits, d'autrefois celles-ci sont insupportables. Tous les jours, de onze heures à minuit, je suis pris de douleurs périorbitaires horribles. Le globe semble vouloir se projeter en dehors ou s'enfoncer profondément dans l'orbite. Ces accès nocturnes ont été arrêtés par le sulfate de quinine.

En tenant compte des antécédents, M. Fano conclut à une affection rhumatismale localisée dans la sclérotique, les muscles et les nerfs ciliaires de l'œil gauche. Il conseilla des applications locales de linge chaud, et à l'intérieur de la teinture de colchique, 1 gramme par jour.

Peu à peu les symptômes locaux disparurent et le malade revint à la santé.

Les auteurs parlent de localisation du rhumatisme à la sclérotique et décrivent une sclérite pure d'origine rhumatismale. Comme le tissu fibreux est un siège de prédilection pour les localisations rhumatismales, on pourrait être tenté de croire la sclérotique fréquemment atteinte. Dans ses leçons sur le rhumatisme oculaire M. le professeur Panas s'inscrit en faux contre cette manière de voir et pense qu'il est beaucoup plus fréquent de rencontrer des scléro-choroïdites antérieures et des épiscléritis.

OBSERVATION VI.

N° 13,676. Lafer... (Léopold), 33 ans, forgeron.

Le 28 novembre 1883, le malade reçut à la partie externe de l'œil une étincelle dans l'œil gauche. Cet accident ne détermina qu'une légère douleur et une rougeur qui persista longtemps. Il se plaint maintenant de violentes douleurs de tête.

Pas de syphilis, mais rhumatisme articulaire il y a deux ans.

Le 12 décembre, au moment de l'examen, on remarque une rougeur limitée siégeant près de la cornée à la partie externe du segment antérieur de l'œil gauche ; cet endroit, au dire du malade, est toujours resté rouge depuis le traumatisme. L'injection est profonde et large comme une pièce de dix sous, surmontée d'un léger gonflement épiscléral. Quelques vaisseaux conjonctivaux passent au-dessus.

Le malade vient plutôt à la Clinique pour du rhumatisme cervical que pour son œil. Il raconte qu'il s'est exposé au courant d'air, la tête découverte et en sueur. Depuis, chaque fois que le temps change la partie postérieure de la tête lui fait mal, en même temps que s'accentue la rougeur de son œil qui ne disparaît jamais complètement. Ces douleurs ne sont pas plus fortes la nuit. Elles durent un ou deux jours, rarement quatre, puis cessent en même temps que l'injection épisclérale pâlit.

Pas de sécrétion, seulement un peu de lourdeur des paupières.

On lui ordonne du salicylate de soude à l'intérieur et des compresses chaudes sur son œil.

Il revient quelque temps après ne présentant pas beaucoup d'amélioration.

OBSERVATION VII.

N° 21,711. Mme Lau... (Catherine), 46 ans, se présenta à la Clinique le 12 décembre 1883, pour une rougeur de la partie externe de l'œil droit.

La malade accuse comme antécédents, une atteinte de rhumatisme articulaire aigu qui la fit rester au lit une semaine environ.

Ses genoux étaient le siège de la maladie. Depuis, elle fut atteinte de sciatique dont elle se ressent encore lorsqu'elle marche trop longtemps ou que le temps est très froid et humide.

L'œil droit est atteint pour la première fois. L'état local dure depuis douze jours. Début par rougeur localisée à la partie externe de l'œil droit s'étendant depuis l'insertion du droit externe jusqu'au voisinage de la cornée. L'injection est très intense, surtout celle de la conjonctive, qui laisse cependant en se déplaçant bien voir l'injection profonde qui est formée de vaisseaux très fins, mais très serrés, donnant à l'épisclère une teinte violette plus prononcée au niveau du bouton épiscléral et allant en pâlissant vers les parties saines.

Douleurs périorbitaires intenses avec exacerbations vespérales.

Légère photophobie. Pas de sécrétion.

Salicylate de soude, 4 gr. Compresses chaudes.

15 décembre. Meilleur état local. La rougeur a beaucoup diminué. Le gonflement s'affaisse. On continue le traitement.

Le 20. L'injection pâlit et le gonflement a complètement disparu. L'œil gauche présente un léger catarrhe pour lequel on prescrit des lavages avec la solution d'acide phénique 2/500.

Le 26. Le catarrhe de l'œil gauche a disparu.

L'œil droit présente comme unique signature de l'affection une légère teinte œillet du siège de l'épisclérītis.

Les douleurs avaient déjà cédé le 20 décembre et n'avaient pas reparu.

15 janvier. Guérison complète après un mois de durée.

L'examen ophthalmoscopique pratiqué à différentes reprises ne nous a rien montré d'anormal du côté des membranes profondes.

OBSERVATION VIII.

N° 21,634. Mme Mich... (Eugénie), 40 ans, se présente à la Clinique le 10 décembre 1883, atteinte d'épisclérītis de l'œil gauche.

Il y a deux ans, sciatique droite à la suite d'un refroidissement au moment de ses règles. Douleurs intenses sur le trajet du nerf et aux points d'émergence. L'affection dura deux mois.

A la suite d'un travail dans un sous-sol humide et ouvert à tous les vents, nouvelle manifestation rhumatismale en août 1883. Les genoux seuls furent pris, très douloureux et gonflés. Elle n'est pas encore très bien remise de son affection.

Le 14 juillet 1883, la malade s'aperçut que son œil gauche était un peu rouge à sa partie externe. L'œil n'était nullement doulou-

reux. Depuis, la rougeur a beaucoup augmenté surtout depuis trois semaines. La douleur a alors fait son apparition et l'affection gênant la malade dans son travail, elle se décide à consulter.

A la partie externe du globe de l'œil, on remarque une rougeur ayant la forme d'un triangle à base péricornéenne. Un léger gonflement en forme de croissant entoure cette base. C'est surtout à l'éclairage oblique que cette tuméfaction est sensible. Au-dessus et au-dessous de lui on remarque une injection dont la profonde ne dépasse pas l'insertion du droit externe, mais la superficielle s'étend jusqu'au cul-de-sac conjonctival. Aucune sécrétion catarrhale. Les mouvements de l'œil sont très douloureux et l'examen rendu difficile par le simple frottement de la paupière.

On instille des gouttes d'atropine et on conseille les compresses de camomille chaude et du salicylate de soude.

Le 20 janvier, la malade revient à la Clinique. Une nouvelle attaque de rhumatisme dans les genoux l'a empêchée d'y venir plus tôt. D'ailleurs, dit-elle, mon œil allait beaucoup mieux pendant que mes genoux allaient plus mal.

La rougeur persiste, mais le gonflement a totalement disparu. De temps en temps, elle ressent quelques douleurs oculaires. On conseille de continuer les compresses chaudes et une solution iodurée à l'intérieur.

Depuis cette époque, elle n'est plus revenue.

Ces observations montrent bien l'influence du rhumatisme sur l'affection oculaire. Sur 20 observations que je possède, je puis noter 12 fois la diathèse rhumatismale. Des huit observations qui restent, deux sont relatives à la scrofule, une à la syphilis, et pour les cinq autres il m'est impossible de les rattacher à une diathèse quelconque. Le froid seul semble devoir être incriminé.

Cette dernière cause peut quelquefois être assimilée à un traumatisme, comme le prouve l'observation qui suit et que je dois à l'extrême obligeance de M. le D[r] Duboys, chef de clinique aux Quinze-Vingts.

OBSERVATION IX.

Madame N..., âgée de 28 ans, vient me consulter en janvier 1883. Elle est d'une bonne santé habituelle et n'a jamais eu de rhumatisme. Elle vient me consulter pour une rougeur à son œil droit. Elle porte au grand angle de l'œil droit, au voisinage de l'insertion du droit externe, une rougeur assez prononcée que je reconnais être due à une épisclérite, bien que le gonflement ait disparu.

Elle me raconte que cette rougeur date d'un mois environ et se rappelle exactement son mode de début. En regardant par le trou d'une serrure, elle sentit un violent courant d'air froid qui frappa son œil droit et qui provoqua même une douleur assez vive.

Cette douleur fut de courte durée et la malade ne prêtait pas attention à ce détail, lorsque le surlendemain, elle vit apparaître au point précité une rougeur qui alla en augmentant pendant deux jours et resta localisée. Elle ne donnait lieu à aucun symptôme, ni catarrhe, ni larmoiement. La douleur n'avait plus apparu depuis le début.

Après quelques récidives sur place, la rougeur s'établit définitivement et ne gêne plus la malade que par sa persistance.

Soupçonnant cependant le rhumatisme, je lui donnai du salicylate de soude, mais sans succès.

J'ai revu la malade plusieurs fois et la dernière au mois d'avril 1884. A cette époque, la rougeur existait encore, bien que beaucoup plus pâle.

La capsule de Ténon, d'après M. Galezowski, peut s'enflammer localement, lorsqu'elle est contusionnée par une pince à fixer. C'est ce qui arrive dans l'opération du strabisme à l'endroit où elle a été contusionnée ou coupée.

Les deux observations suivantes confirment cette manière de voir.

OBSERVATION X.

N° 24,807. Enfant G... (Mathilde), âgé de 9 ans, est atteinte d'épisclérits de l'œil gauche, d'origine traumatique.

Il y a quinze jours, en cherchant un objet dans une chambre obscure, l'enfant se contusionna l'œil sur le bord d'un lit. Immédiatement après, apparition d'une rougeur peu intense limitée à l'angle interne de l'œil sans aller jusqu'à la cornée. Au début, dit le père qui l'accompagne, l'injection était pâle, vineuse et ce n'est que depuis dix jours qu'elle est devenue plus intense, grâce à l'inflammation de la conjonctive qui s'y ajoute. Jusque-là, l'enfant n'ayant aucune douleur, ne se plaignait pas et continuait ses études. Mais peu à peu il survint un gonflement localisé à deux ou trois millimètres du bord interne de la cornée et gros comme une lentille. Sur cette tumeur passent des vaisseaux conjonctivaux et au-dessous la base est formée par l'injection épisclérale. Pas de douleur, ni photophobie, ni sécrétion. La vue n'a pas diminué.

Le Dr Fieuzal ordonne uniquement des compresses chaudes, et pour la nuit, un tampon de ouate, appliqué sur l'œil par l'intermédiaire d'un linge fin, est maintenu en place par une bande de flanelle modérément serrée.

L'enfant revient à la clinique et on peut remarquer le bon effet de ce simple traitement local. La rougeur superficielle a disparu, mais il reste toujours une légère injection profonde très limitée et surmontée sur toute son étendue par une petite tumeur grosse comme une petite lentille.

L'enfant a repris sa classe et ne paraît pas se préoccuper de son affection qui dure depuis un mois.

OBSERVATION XI.

N° 24,831. Episcléritis traumatique de l'œil gauche. Mme Seg... (Clémence).

Il y a dix jours, la malade reçut sur l'œil une branche d'acacia, dont une épine pénétra obliquement dans l'épisclère à cinq millimètres du bord externe de la cornée. L'épine se cassa et resta dans la plaie. Immédiatement après, apparition d'une rougeur bien circonscrite autour du corps étranger et s'étendant de chaque côté environ à cinq millimètres de ce dernier. Deux jours après, apparition d'une légère tuméfaction de la même grandeur que l'injection profonde, mais parcourue par de gros vaisseaux superficiels. Dès l'apparition de la tuméfaction, la malade ressentit de violentes douleurs dans son œil, douleurs qui se manifestaient surtout la nuit et rendait tout sommeil impossible.

Instillation d'atropine avant son arrivée à la Clinique. La conjonctive est sèche, pas de larmoiement.

On constate à son arrivée une douleur extrêmement vive à la pression sur la tumeur, les douleurs spontanées persistent.

M. le Dr Fieuzal extirpe le corps étranger, long de deux millimètres et enfoncé obliquement d'avant en arrière dans le tissu épisclérotical, sans atteindre la sclérotique. Il était situé au centre de la tuméfaction et très mobile avec elle. Après une petite incision de la conjonctive, il fut saisi et extrait, mais non sans quelque difficulté.

Quelques douleurs suivirent cette petite opération et la malade retourna chez elle en province.

Il est assez curieux de constater que la maladie ne frappe pas indifféremment les deux sexes. La femme est, en effet, plus souvent atteinte. Sur sept cas observés attentivement par Taylor, l'homme fut frappé deux fois et la femme cinq. On serait en droit de se demander la raison de cette préférence morbide. Desmarres et Sichel en donnent pour raison les troubles de la menstruation qui sont si fréquents chez la femme. Ils en concluent que l'affection est plus fréquente chez les hémorrhoïdaires et chez les femmes mal réglées. J'ai interrogé avec attention les malades atteintes de cette affection et il a été rare que des réponses accusatrices m'aient été données à ce sujet. Tout au plus la femme avait-elle des flueurs blanches, mais la plupart des femmes de Paris accusent ce symptôme et je ne crois pas qu'il puisse être incriminé. Il y a là évidemment une raison qui nous échappe.

DIAGNOSTIC.

L'épisclérītis ne peut être confondue qu'avec la pustule conjonctivale, et beaucoup d'ophthalmologistes distingués avouent avoir commis cette erreur. La conjonctivite phlycténulaire est une inflammation de la conjonctive, caractérisée par des exsudations circonscrites sous la couche épithéliale de la muqueuse, exsudations qui peuvent se présenter sous forme de petites vésicules, pustules ou de boutons.

De Wecker en décrit trois formes bien distinctes : « La première se caractérise par l'apparition de simples petites vésicules semi-transparentes ou de petits boutons d'un gris jaunâtre. Cette vésicule de la grosseur d'une tète d'épingle est accompagnée d'une injection partielle des vaisseaux de la conjonctive et du tissu sous-conjonctival; cette injection a la forme d'un triangle dont le sommet est formé par la vésicule. Les vaisseaux conjonctivaux sont tortueux, et tout le triangle est un peu soulevé au-dessus du niveau de la conjonctive. La vésicule dure huit à quinze jours. Elle se transforme en pustule, qui laisse échapper son contenu purulent par la perte de sa couche épithéliale, il se forme alors un petit ulcère. Cette forme siège au pourtour de la cornée et se propage quelquefois à cette membrane.

Dans la seconde forme, une partie plus considérable de la conjonctive s'injecte, l'injection sous-conjonctivale est plus prononcée autour de la cornée. Sur le même gonflement épithélial apparaissent plusieurs boutons siégeant

souvent tout près du bord de la cornée ou sur ce bord lui-même. Parfois tout le pourtour de la cornée est entouré par les boutons, comme le ferait un collier de perles grisâtres. Leur surface s'excorie facilement, et l'affection dure plus de quinze jours, quelquefois six semaines. On remarque alors dans cette forme une photophobie considérable. Cependant ce symptôme peut manquer, même lorsque les pustules siègent sur le bord de la cornée. Les simples pustules de la conjonctive bulbaire ne s'accompagnent pas de photophobie, mais seulement d'une sensation d'un corps étranger.

Dans la troisième forme, la maladie est tout à fait localisée sur le bord de la cornée et sur l'anneau conjonctival Cet anneau fait une saillie en forme de bandelette, qui présente une foule de petites pustules, souvent si serrées, que l'anneau conjonctival semble recouvert de sable très fin.

Dans ces trois formes, nous remarquons fréquemment de la photophobie, un épiphora, souvent très abondant; un état catarrhal de la muqueuse se développe fréquemment, et les paupières sont agglutinées au réveil. La pustule conjonctivale est indolente.

Que voyons-nous, au contraire, dans l'épisclérites? et quels sont les signes qui ne peuvent faire confondre ces deux affections?

Et d'abord, l'épisclérites est rarement une affection de l'enfance. J'ai constaté une seule fois cette maladie chez une fillette, et encore avait-elle une origine traumatique. Au contraire, la pustule conjonctivale est l'apanage des enfants, et, bien qu'elle s'observe aussi chez les jeunes gens à l'époque de la puberté, il est rare de la trouver chez des personnes qui ont dépassé l'âge de 25 ans.

La pustule affecte surtout les individus mal nourris, cachectiques; elle est décrite sous le nom d'ophthalmie scrofuleuse, et, bien qu'on ne puisse nier l'apparition d'un bouton d'épisclérite chez des scrofuleux, il est bien plus fréquent de lui reconnaître un grand lien de parenté avec le rhumatisme, tant aigu que chronique.

Le siège de la lésion semble aussi mettre une barrière entre ces deux affections. Tandis que le lieu d'élection de la pustule est tout près du bord cornéen, nous voyons rarement le bouton d'épisclérite immédiatement dans ces parages. Le diagnostic devient plus difficile, lorsque la pustule siège à un autre endroit de la conjonctive bulbaire.

Quant à l'injection elle-même, elle est bien différente dans l'une et dans l'autre maladie. Dans la pustule, injection en forme de triangle ayant la pustule pour sommet, très superficiellement située et formée par un seul plan de vaisseaux. Cette injection se laisse facilement déplacer. Elle siège uniquement dans la conjonctive, dont elle suit tous les mouvements. Rarement il existe une injection plus profonde, et en tous cas elle est très déliée, et on remarque bien que cette légère teinte profonde ne forme pas le fond de l'affection.

Dans l'épisclérite, au contraire, l'injection est formée de deux plans de vaisseaux; un plan profond formé par les vaisseaux minces rampant dans l'épisclère tuméfié. Cette injection profonde est plus prononcée vers le centre du bouton épiscléral et va en diminuant en s'éloignant vers les parties saines. Elle a une couleur lie de vin, œillet caractéristique. Le plan superficiel, formé tout entier par des vaisseaux de la conjonctive, est constitué par des vaisseaux de

plus fort calibre qui passent sur le bouton épiscléral sans être arrêtés par lui.

Donc, dans la pustule, un seul plan de vaisseaux ayant la forme d'un triangle et s'effaçant par la pression, dans le bouton d'épisclérítis, au contraire, deux injections superposées, séparées par le tissu cellulaire tuméfié, une profonde, ténue, de couleur sombre, ne s'effaçant pas par la pression, l'autre, superficielle, plus forte en couleur, parce que ses vaisseaux sont plus près de l'œil de l'observateur, plus gros, mobiles et se laissant complètement vider.

Si l'on ne pouvait encore étayer son diagnostic sur ces symptômes, la marche de l'affection et sa terminaison lèveraient tous les doutes. En effet, l'épisclérítis est une affection chronique et se termine par résolution, tandis que la pustule marche plus promptement et se termine généralement par ulcération.

Peut-on confondre une gomme de la sclérotique avec un bouton d'épisclérítis ? Je ne le crois pas ; cependant si l'on voit le patient au début de son affection, les symptômes qu'on observe peuvent donner à réfléchir, ainsi que le prouve une observation de ce genre prise par M. Saint-Martin, interne de la clinique ophthalmologique des Quinze-Vingts et qu'il a bien voulu nous communiquer.

J. P..., nº 15,861, se présente à la Clinique le 5 avril 1883, pour une affection oculaire dont le début remonte au 12 mars. A cette époque, sans ressentir la moindre douleur, une légère rougeur, de quelques millimètres seulement d'étendue, survint dans la région d'insertion du droit externe de l'œil gauche. Cette rougeur attribuée à un courant d'air, persista ; mais comme le malade n'éprouvait aucune douleur et qu'aucune gêne n'était survenue dans les fonctions de l'œil, il ne s'inquiéta pas de cette persistance.

Le 25 mars, après quelques douleurs vagues ressenties dans la nuit du 24 au 25, une saillie de la grosseur d'une lentille apparut dans la région où s'était localisée la rougeur, soulevant l'insertion du droit externe et dépassant même un peu son bord supérieur. La rougeur s'était accrue, était devenue violacée couleur lie de vin. Depuis cette époque, la saillie a augmenté chaque jour de volume, les douleurs sont devenues persistantes, vives, surtout lorsque le malade portait l'œil en dehors ou en dedans.

5 avril. Au niveau de l'insertion du droit externe et sous le droit externe dépassant le bord supérieur et le bord inférieur de ce muscle, on constate une tumeur du volume d'une noisette absolument lisse sur toute sa surface. La conjonctive qui la recouvre est luisante, violacée et cette couleur ne s'étend qu'à quelques millimètres au delà des limites de la saillie. La sclérotique est saine sur les autres parties du globe, la cornée est intacte. Acuité visuelle normale, examen ophthalmoscopique négatif. Les douleurs spontanées sont assez violentes pour provoquer l'insomnie et s'exagèrent si l'on fait forcer le regard en dedans ou en dehors.

Antécédents pathologiques : attaque de rhumatisme aigu en 1839 qui retint le malade au lit pendant trois mois. Il y a quatre ans, chancre infectant non traité. Accidents secondaires deux mois après. Depuis, trois années se sont écoulées sans manifestations. Mais quatre mois avant l'affection oculaire, le malade perdit ses cheveux très rapidement, douleurs de tête violentes, douleurs ostéocopes qui ne laissaient aucun doute sur la marche lente, mais sûre de son affection.

M. le Dr Fieuzal porta le diagnostic : gomme de la sclérotique et institua le traitement spécifique.

Cette année, le malade revint à la clinique et présentait absolument les mêmes symptômes oculaires que précédemment, mais c'était dans l'œil droit.

Assurément si ce malade s'était présenté à l'examen dans les vingt-cinq jours qui s'écoulèrent entre le début exact de son affection et le jour de son arrivée à la clinique, on aurait peut-être hésité à faire le diagnostic avec autant de sûreté. Il s'agissait en effet d'un individu syphilitique, c'est vrai, mais ayant eu auparavant une atteinte de rhumatisme arti-

culaire aigu. Son affection oculaire siégeait au lieu d'élection du bouton épiscléral. C'était au début une rougeur peu intense, profonde, qui devint plus tard lie de vin, violacée. Dans la région où s'était localisée la rougeur, on vit apparaître une saillie grosse comme une lentille surmontant la rougeur ; la conjonctive qui la recouvre est luisante, violacée. Aucune sécrétion et peu de douleur au début. Voilà, il me semble, les symptômes d'une épisclérite. Il est évident que le doute n'aurait pas été de longue durée, vu la grosseur que la tumeur atteignit et la guérison qui ne se fit pas attendre sous l'influence du traitement spécifique.

MARCHE, DURÉE, TERMINAISON.

Dans ce chapitre seulement nous trouvons tous les auteurs d'accord. L'affection a manifestement une tendance à passer à l'état chronique. Il existe bien quelque petit désaccord sur la durée exacte de l'affection, et tandis que Desmarres dit qu'elle dure de trois mois à dix-huit mois, Taylor lui assigne comme terme extrême quatre ans.

Quand le malade se présente, l'affection date de plusieurs mois, et il indique que depuis dix à douze mois le même point de l'hémisphère antérieur de l'œil s'est injecté et gonflé à différentes reprises. C'est donc un des caractères particuliers de l'affection que la fixation du mal à un point toujours le même. D'après Desmarres, presque jamais l'affection ne récidive, j'ai pu me convaincre que c'était cependant fréquemment le contraire. En tous cas, si la récidive arrive, c'est toujours sur un point primitivement affecté.

Il est beaucoup plus fréquent de voir un seul point de l'hémisphère antérieur de l'œil atteint. L'iris est presque toujours indemne; nous n'avons pas observé un cas de complication du côté de ce diaphragme. Les auteurs que j'ai cités croient au contraire à des complications fréquentes du côté de la choroïde. Ils étaient en présence d'affections localisées de la choroïde avec retentissement sur le tissu épiscléral, et nous n'avons en vue que cette forme que nous appelons primitive. Nous n'avons jamais remarqué que des complications du côté de la cornée, et encore ont-elles été tout à fait superficielles. Lorsque l'épisclérite se rapproche trop de la cornée, le gonflement qu'elle entraîne amène un trouble dans la nutrition de cette membrane, elle perd sa transparence et présente cet axe sénile partiel dont parle Mackensie.

La terminaison habituelle de l'épisclérilis est la résolution, seulement cette dernière se fait souvent attendre suivant le traitement employé et même en dépit du traitement le mieux dirigé.

D'après Galezowski, la périsclérite peut être suivie de suppuration. Il se forme alors entre la sclérotique et la capsule oculo-orbitaire, une accumulation d'un liquide purulent qui donne naissance à une tumeur saillante et fluctuante, soit en haut, soit en dehors de la cornée et, à une certaine distance de la cornée.

Dans un cas seulement de Taylor les boutons d'épiscléritis s'ulcérèrent à leur sommet. L'ulcération fut suivie d'un affaissement très marqué et d'une diminution dans l'injection des parties voisines.

Donc l'affection ne rétrograde que très lentement, et si la durée a été longue, elle est presque toujours suivie d'un amincissement de la conjonctive et de la sclérotique. Cette dernière prend alors un aspect plus bleuâtre qu'à l'état normal. L'amincissement peut aller jusqu'à laisser voir la face profonde de cette membrane avec ses cellules pigmentaires; c'est ce que Van Ammon décrivait en disant :

« Parfois il se forme entre la conjonctive et la sclérotique des taches mélanotiques que l'on distingue à travers la conjonctive sous l'aspect de taches noirâtres à côté desquelles on reconnaît la sclérotique bleuâtre et amincie. »

Mais de là à la perforation à l'emporte-pièce et au staphylôme choroïdien il y a loin, c'est-à-dire que nous ne les considérons pas comme une terminaison de l'épiscléritis, mais au contraire comme une terminaison naturelle de la scléro-choroïdite antérieure dont l'épiscléritis ne serait qu'un épiphénomène.

TRAITEMENT.

En présence d'une affection d'une si longue durée et si rebelle à tout traitement, on peut se demander si la guérison une fois obtenue n'est pas plutôt la terminaison naturelle de la maladie que l'effet du traitement institué.

Il est rare qu'on ait affaire à des symptômes suraigus et dans ce cas on aura recours aux antiphlogistiques, aux sangsues, aux ventouses de Heurteloup, appliquées à la tempe du côté malade. Les douleurs seront calmées par des applications d'onguent mercuriel belladoné autour de l'œil atteint.

Il faudra éviter avec soin les collyres astringents au sulfate de cuivre, de zinc ou de nitrate d'argent. Tous les malades qui en ont fait usage s'en sont mal trouvés.

C'est surtout contre la diathèse qu'il faudra s'armer et en particulier contre la diathèse rhumatismale. M. le professeur Panas, dans ses leçons cliniques sur le rhumatisme oculaire, s'exprime ainsi :

« C'est en insistant beaucoup sur le traitement général que j'ai eu la satisfaction de guérir, entre autres deux malades dont l'histoire m'a surtout frappé.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une dame, habitant Passy, qui était depuis plusieurs années en proie à une épisclérite des plus rebelles. Les traitements locaux n'avaient rien fait et si de temps à autre la malade avait une accalmie, une nouvelle poussée aiguë ne tardait pas à survenir, ne lui laissant que peu de repos.

C'est par l'iodure de potassium et l'iodure de sodium, c'est par l'emploi des arsenieaux et par une saison à la Bourboule, que je suis arrivé à débarrasser complètement cette malade qui, depuis plusieurs hivers, n'a plus eu de nouvelles scléro-choroïdites.

Dans la seconde observation, il s'agissait d'un étudiant qui était continuellement fatigué par des poussées de sclérites rebelles à tout traitement. C'est en nous adressant encore à la diathèse rhumatismale que nous sommes arrivés à guérir le malade.

C'est à M. Abadie que revient l'honneur d'avoir employé le salicylate de soude dans cette affection. Dans le *Bulletin général de thérapeutique*, 1879, il publia un intéressant article sur l'emploi du salicylate de soude en particulier dans les inflammations de la sclérotique.

Il prescrit le salicylate de soude à la dose de quatre grammes par jour en quatre cuillerées, une toutes les quatre heures.

Le malade qu'il traitait de cette manière après six jours d'un traitement régulièrement suivi, était enchanté de son état ; il éprouvait un bien-être qu'il ne connaissait plus depuis longtemps. L'état local était considérablement amélioré. La guérison une fois obtenue s'est maintenue.

Il ne faudra pas cependant négliger le traitement local. On maintiendra des compresses d'infusion de camomille tiède sur l'œil. Des irrigations continues d'eau tiède seraient préférables. M. Galezowski recommande ce moyen. Les malades soignés à la Clinique des Quinze-Vingts, se sont très bien trouvés d'un pansement sec pendant la nuit. Ils interposaient entre le bandeau de flanelle et l'œil malade un linge fin et une couche de ouate.

CONCLUSIONS.

Il existe une forme d'épiscléritis indépendante d'une inflammation des membranes internes du segment antérieur de l'œil.

Elle est essentiellement sous l'influence d'un état diathésique. La diathèse rhumatismale paraît devoir être surtout incriminée.

C'est une affection chronique qui n'entraîne pas fatalement des complications du côté des membranes internes.

Elle se termine par résolution et récidive souvent.

Le traitement local ne doit pas être négligé, mais c'est surtout à l'état général et à la diathèse qu'il faudra s'adresser en premier lieu.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

SICHEL. — Sur une forme particulière d'inflammation partielle de la choroïde et du tissu cellulaire sous-conjonctival, in Bul. gén. de thérap., 1847, t. XXXII.

PILZ. — Inflammation de la sclérotique, in Archives d'ophthalmologie, 1853, t. I.

WHITE COOPER. — De l'inflammation de la sclérotique, in Annales d'oculistique, t. XXIX.

VON AMMON. — De l'ophthalmie sous-conjonctivale, in Annales d'oculistique, t. XXVIII.

VELPEAU. — De la sclérotique, in Annales d'oculistique, t. IV.

MACKENSIE. — De l'ophthalmie rhumatismale.

DUERING. — De la sclérotique, in Annales d'oculistique, t. XXIII.

TAYLOR. — Sur une forme particulière de sclérotite, in Annales d'oculistique, t. XLIII.

SCHIESS-GEMUSENS. — Episcleritis, in Klin. Monatsblætter für Augenheilkunde, 1870.

FANO. — In Journal d'oculistique, mai 1873.

MASMONTEIL. — De l'ophthalmie sous-conjonctivale. Thèse de Paris, 1873, 450.

NOYES. — Sclérotite dépendant de la diathèse goutteuse, in Annales d'oculistique, t. LXXII, 1847.

RENAUT. — Essai sur la sclérotite rhumatismale. Thèse de Paris, 1876.

RAW (de Berne). — Syndèsmite variqueuse, in Annales d'oculistique, t. XIII.

GAYET. — Sclérotite, in Dictionnaire encyclopédique, t. VIII.

ABADIE. — De l'emploi du salicylate de soude en thérapeutique oculaire, in Bulletin gén. de thérap., vol. CXVII.

DUDGEON. — De l'ophthalmie rhumatismale. in Annales d'oculistique, t. XXVIII.

F. PANAS. — De la scléro-choroïdite antér., in Leçons sur les malad. inflam. de membranes internes de l'œil. Traités d'ophthalmologie.

QUESTIONS.

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MEDICALES.

Anatomie. — La circulation cérébrale.
Physiologie. — Du goût.
Chimie. — Les sels de mercure.
Physique. — L'ophthalmoscope.
Histoire naturelle. — Les solanées.
Pathologie externe. — Le mal de Pott.
Pathologie interne. — Insuffisance aortique.
Anatomie pathologique. — Les anévrysmes.
Médecine opératoire. — Extraction de la cataracte.
Thérapeutique. — Les vomitifs.
Médecine légale. — De l'infanticide.
Hygiène. — Les aliments.
Accouchements. — De la version.

Vu : le président de la thèse,
PANAS.

Vu et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
A. GRÉARD.